CONTRIBUCION

AL ESTUDIO CLÍNICO

DE LAS

DIARREAS INFANTILES

POR EL

DR. JOSÉ E. FERRÁN
(de Pto-Rico)

PUBLICADO EN LOS ARCHIVOS DE LA POLICLINICA.

LA COMERCIAL
IMPRENTA, PAPELERÍA, ENCUADERNACIÓN Y RAYADOS
Muralla número 123
1895

CONTRIBUCION

AL ESTUDIO CLÍNICO

DE LAS

DIARREAS INFANTILES

POR EL

DR. JOSÉ E. FERRÁN

PUBLICADO EN LOS ARCHIVOS DE LA POLICLINICA.



LA COMERCIAL

IMPRENTA, PAPELERÍA, ENCUADERNACIÓN Y RAYADOS

Muralla número 123

1895

CONTRIBUCION AL ESTUDIO CLINICO

DE

LAS DIARREAS INFANTILES

POR EL

Dr. José E. Ferrán

Los autores describen tantas y tan variadas formas de diarreas que se hace completamente imposible, no tan sólo reconocer su sinonimia, si que tampoco distinguir sus formas clínicas. Esto se explica fácilmente; las diarreas revisten, en primer lugar, caracteres tan distintos hasta el punto de que sus formas clínicas se confunden muchas veces, y por otra parte el infinito número de causas que las motivan y el gran número de complicaciones que con tanta frecuencia ocurren, así como también los caracteres que toman según el clima, hacen que los autores, en su descripción las confundan.

No es extraño que al ir á consultar varios autores nos encontremos con una sintomatología que corresponde á una misma entidad patológica á pesar de tener un nombre diferente. Porque en realidad las diferentes y variadas especies de trastornos mórbidos del intestino, no corresponden de ninguna manera á lesiones anatomo-patológicas distintas.

El aparato digestivo es el verdadero barómetro vital y se comprende fácilmente, él es el más importante de todos y es la base del equilibrio de los demás; de sus funciones depende la harmonía entre los muchos órganos y es el que rara vez deja de afectarse en los distintos procesos de la economía. Por otra parte, multitud de órganos que se hallan en íntimo contacto y en estrechas relaciones con él, como son: el hígado, bazo, pancreas, estómago, etc., pueden

trasmitir bien por simpatía ya por irradiación las lesiones de que son ellos el asiento. Su extensión que ocupa la mitad del tronco dándole á la par múltiples relaciones á cual de ellas más importantes y las mil causas que pueden afectarlos, toda vez que siendo uno de los aparatos más complejos de nuestro organismo, basta el más pequeño trastorno en uno de los diferentes órganos que lo constituyen, para que se manifieste por síntomas que tan difíciles son de diferenciar; por otra parte, como dice muy bien el Dr. James F. Goodhart médico del Hospital Evelina (Londres) la diarrea es el síntoma revelador de una actividad excesiva y desordenada en el funcionamiento del aparato neuro-muscular del intestino, y todo órgano cuyas funciones depende de fibras musculares lisas, es bien susceptible de presentar desórdenes variados reconociendo diferentes causas.

El tejido del intestino formado de un epitelio sumamente sensible, así como su capa muscular, etc. vienen á confirmarlo. Así pues, la confusión es muy frecuente, y casi amenudo se deja pronunciar la palabra enteritis cuando solo y únicamente se trata de un trastorno no congestivo y sin ninguna importancia, debido á una brusca supresión de las múltiples funciones de la piel, ya á una hipersecreción normal de las glándulas intestinales, bien á una emoción moral viva, ya á una serie de fenómenos fisiológicos que nada tienen que ver con aquella entidad (Dielaffoy). Trastornos todos que pueden ser contínuos y habituales sin que se encuentren lesiones anatomo-patológicas idénticas. Así como el útero puede contraerse á intervalos más ó menos largos á consecuencia de la mayor ó menor excitación producida por un feto sifilítico sin que el órgano en sí sea alterado, así las funciones del intestino puede ser más ó menos excitadas, disminuidas ó aceleradas, sin que el órgano ó aparato en nada esté alterado. (1)

No dejaremos de comprender en primer lugar lo difícil que es abordar al estudio de las enfermedades de un aparato tan complicado, de aquí las confusiones que existen en este particular que el Dr. Dielaffoy en su última obra tanto hace notar. Por esto, antes de abordar de lleno al estudio que motiva este trabajo hemos querido hacer resaltar la confusión en que están los autores.

---

(1) Goodhard-Maladies enfants (*Versión francesa*) 1895.

Consúltense las obras clásicas y nos convenceremos que al presente no existe clasificación de las diarreas; unos como el doctor Goodhart las dividen sin clasificarlas en

Diarrea simple (enteritis mucosa ó catarral.)

Diarrea aguda.

Idem febril.

Idem crónica.

Disentería.

Cólera infantil.

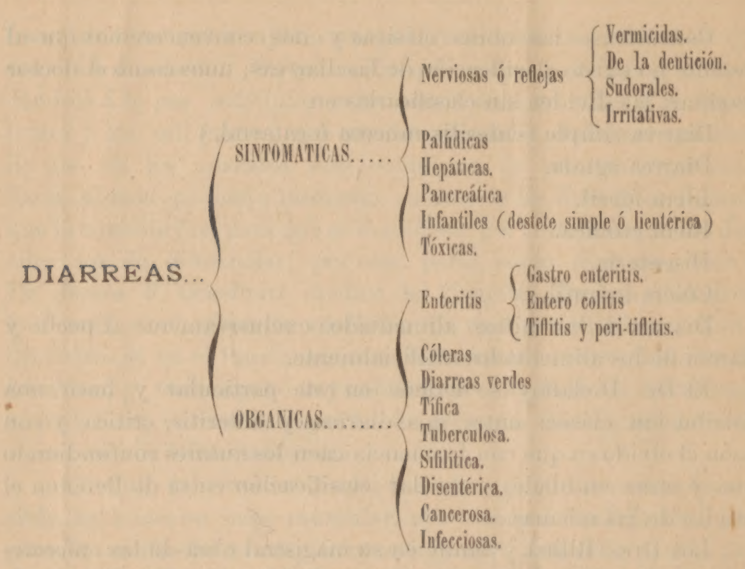
Diarrea de los niños alimentados exclusivamente al pecho y diarrea de los alimentados artificialmente.

El Dr. Dielaffoy se detiene en este particular y hace una distribución clásica entre dos diarreas y enteritis; critica y con razón el olvido en que con frecuencia caen los autores confundiendo unas y otras entidades y sin dar clasificación entra de lleno en el estudio de las mismas.

Los Dres. Rilhet y Sanné en su magistral obra de las enfermedades de los niños dejan entrever una clasificación cuando trata de las enfermedades de las vías digestivas que en el capítulo de «generalidades sobre las afecciones gastro-intestinales» no hacen separación entre unas y otras.

En este mismo capítulo al tratar de la etiología hace su división etiológica, de las diarreas, en causas predisponentes como la edad, sexo, herencia, etc. en causas determinantes que las subdivide en refleja (impresión de frío, dentición, causas morales, etc.) y directas (alimentación é ingestión de sustancias pútridas ó irritantes.)

Vista pues la falta de una clasificación nos atrevemos á proponer la que sigue; para hacerla hemos procurado incluirlas todas sin separarnos de lo establecido por los autores clásicos y sin cambiar en nada los nombres adoptando los que creemos que están en relación con la ciencia y desechando las numerosas sinonimias con que se les conoce. La clasificación adoptada es puramente etiológica, de otra manera no hubiéramos podido adoptarla, toda vez que si nos hubiéramos referido al pronóstico como los que admiten la diarrea simple ó benigna, y aguda ó grave, nos veríamos forzados á admitir una serie intermedia.



Al clasificar las diarreas nos hemos fijado bajo el punto de vista etiológico-patogenético pues creemos es el mejor punto de partida y la mejor base para una clasificación; el pronóstico si bien nos merece mucha importancia con respecto á la detallada descripción palológica de una dolencia, carece de ella al tratarse de una clasificación, pues muy difícil es el pronosticar para que la clasificación sea buena: la patogenia sola podría servir de base si la ciencia se aproximase á su *meta* y si los adelantos médicos hubiesen dilucidado completamente la patogenia de todas las enfermedades, punto quizá el más obscuro de nuestra ciencia. El tratamiento no puede ser la base pues muy pocas son las enfermedades que conocen su específico.

La bactereología rendirá grandes servicios y será la mejor base de una clasificación cuando los conocimientos y adelantos modernos ya impulsados por la pléyade de doctores célebres que se han dedicado á esta ciencia, logren ampliarla y desarrollarla.

Así pues damos la preferencia á la etiológica-patogenética pues ella es la base de la medicina moderna siendo además la más conocida.

Nosotros dividimos las diarreas en sintomáticas y orgánicas, las primeras se manifiestan como su propio nombre lo indica como síntomas de enfermedades, ó mejor dicho como desviaciones ó re-

flejos de estados morbosos que sin tener su asiento en los intestinos obran sobre él por acción refleja. Entre ellas tenemos las de la dentición, sudorales, irritativas, vermecidas, etc. etc.; después las palúdicas cuya lesión intestinal es refleja toda vez que su causa se encuentra en la sangre. (J. Simón) y (Coronado, de Cabañas.)

Las hepáticas y pancráticas son diarreas que si bien dependen de éstos órganos que son los afectos, también es cierto que sus lesiones se hacen resentir en los intestinos participando de su dolencia y por lo tanto es sintomática.

Incluimos también en este grupo las infantiles, incluyendo solamente las ocasionadas por el destete, tan comunes en los niños y las que reconocen por causa los trastornos en la alimentación, falta de régimen, etc., etc. Lesiones que no son orgánicas, es decir, que en nada afectan á los intestinos, conocidas también bajo el nombre de lientéricas (simples.)

Las tóxicas provocadas por sustancias ingeridas por vía estomacal, otras son segregadas por el individuo ya enfermo (ácido úrico de los gotosos: carbonato de amoniaco en la uremia, alteraciones del humor pancreativo, bilis, etc. etc.) sustancias que vertidas por estos órganos en los intestinos provocan la diarrea sin dar lugar á lesiones.

En el grupo de las *orgánicas* ó sean las que van acompañadas de lesiones colocamos en primer lugar las enteritis y entran también las pequeñas infecciones promovidas por esa serie de microbios colibacillo, las amebas, estafilococos, etc. moradores constantes del intestino que no esperan más que la más mínima perturbación producidas por la falta de régimen, trastornos en la higiene, etc. para convertirse en patógenos, cuyas lesiones en el intestino son bien marcadas y que más tarde describiremos; subdividimos á los enteritis en *gastro-enteritis*, *entero-colitis*, *tiflitis* y *peritiflitis* cuyos nombres indican claramente su origen. El cólera, cuyas lesiones en el intestino son bien marcadas; la diarrea tífica, la infecciosa ó verde y la tuberculosa tan bien conocidas. La cancerosa y disentérica.

La sifilítica poco conocida, que será el estudio que con más extensión dedicaremos. Nosotros creemos que la mayor parte de esas diarreas cuyas causas no se pueden dilucidar y cuyo tratamiento no dá resultados, probaremos con datos ciertos y con verdaderos argumentos que no son más que trastornos heredo-sifilíticos trasmitidos de padres á hijos.

Hemos tenido ocasión de formar una pequeña estadística reuniendo una colección de observaciones que nos demuestran bien á las claras cuan común es esta diarrea que por desgracia pasa generalmente desapercibida, no tan solo por lo difícil de su diagnóstico sino porque hallándose envuelta en un cúmulo de síntomas comunes á todas las diarreas se hace difícil su diferenciación.

Como nuestro objeto es solamente tratar la diarrea en los niños nos extenderemos únicamente en las que á ellos se refieren.

Empezaremos por las sintomáticas, entre las primeras que figuran en la clasificación son las reflejas ó nerviosas que reconocen miles de causas. Subdividimos éstas en sus tres ramas principales: diarreas vermicidas, de la dentición, sudorales, irritativas que merecen una descripción especial.

DIARREAS

producidas por los vermes intestinales (Vermicidas)

Estas diarreas que reconocen como única causa la constante irritación producida por los grandes paquetes de estos vermes en este órgano, provoca una diarrea por simple reflejo producido por ese cuerpo extraño. Los paquetes formados por estos vermes son gruesos de un color rojo negruzco formado por su entrecruzamiento. Estos paquetes revisten formas caprichosas cuyos intersticios de separación entre unos y otros están repletos de mucosidades, materias fecales, etc., tomando la forma común del excremento, también disimulado, que es preciso haber sospechado la existencia de vermes para poderlos reconocer. Si no se tiene la precaución de disolverlo en agua para que se separen los elementos que los constituyen, pueden pasar desapercibidos.

Esta diarrea que no es constante, toma una consistencia espesa que contribuye á enmascarar más á los vermes que similando á un excremento normal, puede muy bien no apercibirse.

La diarrea es intermitente y de mucha duración y no reviste gravedad sino después de largo tiempo en que el estado de demacración y la constante irritación produce una enteritis que persiste aún después de la expulsión de los vermes.

En estas diarreas tenemos que considerar dos factores: el primero producido por la irritación del parásito en la mucosa del intestino, y segundo los fenómenos nerviosos que él provoca.

SÍNTOMAS

Como síntomas de esta dolencia diremos que son muy inconstantes, unas veces los niños se muestran irascibles, cambian de carácter, manifiestan un prurito nasal ó anal, inapetencia, polidipsia. A este último síntoma damos alguna importancia, la hemos encontrado seis veces en diez casos, los niños beben y lo hacen sin órden á cada momento y debido á la gran cantidad de agua que absorven, es que se manifiesta la anorexia. Los desvelos, terrores nocturnos y algunas aunque pocas veces la incontinencia de orina se manifiesta. Hemos comprobado la contracción ó dilatación de la pupila en algunos casos, pero no podemos hacer de ello un síntoma seguro pues falta muchas veces.

Los *oxiuros vermiculares* son susceptibles de producir los mismos trastornos, pero no con tanta intensidad. Venle, cita un caso en que estos parásitos (ascarides) provocaron una inflamación tal, que dieron lugar á fenómenos febriles, mucha diarrea hasta simular una enteritis á forma grave.

La intermitencia de esta diarrea nos la explicamos del modo siguiente: supongamos que los ascarides formen su paquete entrecruzando, etc., como hemos expuesto anteriormente; el constante contacto de este paquete con la mucosa del intestino provoca como es consiguiente la inflamación de aquel, que dá lugar á la diarrea por la hipersecreción de los jugos intestinos. (1) Como es natural, el paquete se deshace á causa de aquellos y la inflamación como ha cedido la causa que la producía, cede y de aquí la desaparición de aquella hasta que bien formándose un paquete con estos mismos vermes sino han sido expulsados algunos de ellos (que es lo más frecuente) ya por que se multipliquen, vuelvan á dar origen á la diarrea. Esta es la causa de que las intermitencias no sean periódicas y que muchas veces pasen desapercibidas por los familiares atribuyéndolo á indigestiones frecuentes.

Mucha ó mejor muchísimas son las veces que se encuentran estas diarreas en esta Isla. Nosotros la hemos encontrado con una frecuencia bastante acentuada. La mayor parte de las veces son los vermes los que aumentan el estado de gravedad en las enferme-

(1) Ferrán (José) Diarreé d'o rigine reflexe. Paris 1893.

dades infantiles en esta isla. En todos los embarazos gástricos y especialmente en el paludismo siempre que los enfermitos han sido atacados de convulsiones y diarreas he podido confirmar la presencia de vermes sobre todo el ascarides lumbricoides. El pronóstico es casi siempre favorable si se ha podido verificar el diagnóstico.

Como tratamiento, administración de un vermicida (santonnia, Semen-contra, etc.) seguido de un purgante de Ricino y Protocloruro de mercurio. Hemos usado con frecuencia y siempre obtenemos magníficos resultados con la administración de antisépticos durante un mes ó quince días para evitar la reproducción de esos parásitos. Sabido es que la recidiva es lo más frecuente á causa de la imposibilidad de verificar la expulsión completa de los huevos, la generalidad de las veces alguno queda dentro y dá lugar á la recidiva. De aquí que aconsejemos la antisepsia intestinal por medio del Salol, Benzo-naftol, Betol, etc. Nos servimos de unos cachets de Benzo-naftol, magnesia inglesa y polvos de semen-contra que administramos á los niños que pasan de tres años empleando estos mismos agentes en suspensión en un julepe cuando la administración del cachet se hace imposible á causa de la edad.

Usamos el Benzo-naftol, pues siendo insípido es un precioso medicamento para los niños.

He aquí la fórmula:

Benzo-naftol........................	2 gramos.
Polvos de semen-contra..........	1 gramo.
Azúcar...............................	5 gramos.

M.se y D.se en 20 papeletas.
De 2 á 5 papeletas diarias.

***

Entre las causas de orden reflejo citaremos las producidas por los agentes exteriores como el frío. Está demostrado que la influencia de este agente es susceptible de precipitar el estado de los enfermos atacados de lesiones intestinales y aún de producirlas. El niño donde la caloriferación es aún incompleta basta que no esté del todo abrigado ó bien que sea expuesto á una corriente de aire, ora en el vientre, ya en los miembros inferiores para

que resulte una diarrea más ó menos abundante. (1) El frío dá lugar á estos trastornos pero casi nunca son de larga duración.

Lo mismo diremos de las causas morales donde la acción sobre el aparato digestivo había sido señalado por Rosen. El miedo y el dolor son capaces de determinar estos trastornos.

Las grandes quemaduras producen los mismos fenómenos bien por el gran dolor que ellas provocan, ya por la supresión de las funciones de la piel que tantas relaciones tienen con el intestino. Tanto estas como las anteriores son diarreas puramente sintomáticas que poca importancia tienen.

Ellas ceden el tratamiento de su causa desapareciendo cuando aquel deja de existir.

DIARREA DE LA DENTICION

Se ha exagerado grandemente el papel patogenético de la dentición en las diarreas, el Dr. Comby (2) dice: «Con respecto á las enfermedades de la dentición (diarreas, bronquitis, etc.) yo diré que un estudio minucioso y una práctica de más de diez años me han demostrado la exageración y las atribuciones que se hace jugar á la dentición. Este papel es discutible, y si la dentición es responsable directa ó indirectamente de algunos estomatitis y de algunos flujos diarreicos, es muy injusto el atribuirle la *iliade de maux* invocada por todas las parteras y por algunos médicos atrasados.»

Se concibe que la dentición pueda producir trastornos intestinales cuando los fenómenos locales de la salida de un diente sean suficiente fuerte para provocar reflejos. Cuantas veces una simple rubicundez, sin estar dolorida la encía, sin ninguna reacción febril y lo que es más, al primer mes cuando no tiene aún tiempo de que salga un diente se ve á un niño con diarrea y los familiares y aún los médicos atribuirlas á la dentición. Pocos días después sin causa apreciable, sin medicación de ninguna especie, con el cocimiento A ó la tisana B vemos que la diarrea desaparece completamente y el diente ó muela no ha aparecido. Entonces se

(1) Rilhet et Barthez.

(2) Comby. Tratado de las enfermedades de la infancia.

cubre este error diciendo: *se está formando el diente*. Si en estos casos se interrogase por la alimentación, en los antecedentes del niño, en sus enfermedades anteriores, etc., se encontrará que el niño está alimentado al biberón y con leche de vaca, no esterilizada, bien que la leche que se use del café *tal* cuya pureza no esté demostrada, etc., lo cierto y el fin del interrogatorio confirmará que, ó la leche no es de buena calidad, bien porque no está bien bien preparada (adición de agua para los niños menores de dos meses) ó que las comidas no estén reglamentadas. Si se tratase de un niño criado á pecho, encontraremos ó que la madre ó criandera no lo tiene á régimen, ya dependiese de un cambio de nodriza ó de las alteraciones del régimen higieno-alimenticio de aquella. No nos detendremos para hacer resaltar el papel importante que la alimentación infantil influye en el aparato gastro-intestinal del niño, pero á esto y no á la dentición es que deberán achacar esos fenómenos.

La dentición provocará fenómenos gastro-intestinales cuando los fenómenos locales sean considerables, cuando la tumefacción de la encía está acompañada de dolor, viva inflamación, etc. pero cuando no existe ninguno de estos fenómenos ¿á qué achacar á un órgano lo que no le corresponde? ¿Por qué buscar la manifestación de una entidad morbosa en un aparato quizá el que menos relaciones tenga con la dentición? ¿Por qué invocar un fenómeno reflejo para explicarnos lo que aún admitiendo este fenómeno no queda bien explicada la manifestación? Porqué en esa edad y en ese período de la vida se manifiesten esas dolencias, ¿ha de ser la dentición su causa y no de la edad del sujeto? ¿Por qué todos los niños no tienen fenómenos mórbidos en la dentición? Si esta fuese la causa justo es suponer y lógico el ver comprobados en la práctica esta aserción. Pero no sucede así: la mayoría de los niños criados á pecho por sus madres no tienen trastornos en su dentición, lo contrario pasa con los niños criados á biberón ó bien con nodriza.

La dentición es un fenómeno fisiológico y como tal no debe traer consecuencias patológicas. No negaremos que siendo un período en que coincide con la osificación del esqueleto y siendo este un trabajo fisiológico de consideración deje al niño en un estado de debilidad tal que puede ser susceptible de dar lugar á que

estando debilitado el organismo se manifiesten fenómenos morbosos, no debidos á la dentición que ningún papel juega, sino á los agentes exteriores, frío, calor, etc. La causa de atribuirle á la dentición todas las enfermedades es la siguiente:

El niño en ese período se pone irascible debido á la fluxión gingival que es muy viva y á la odontalgia que es exagerada: él se digusta, llora y grita con solo mirarlo echándose bruscamente hacia atrás para refugiarse entre los brazos del que lo sostiene. El dá gritos agudos, acompañados de abundantes lágrimas, poco después las mejillas se coloran vivamente y el niño duerme á intervalos para despertarse otra vez con los mismas manifestaciones. Las noches son agitadas, el apetito disminuye ó desaparece y el niño no quiere ni desea tomar bien el pecho ó el biberón debido á los dolores que provoca al hacer la succión. En este estado las nodrizas y más que todo las madres insisten para que el niño tome el alimento hasta forzarlo, olvidando los importantes consejos del comadrón que la asistiera recomendándole que regule las comidas del niño, procura darle alimento cada dos horas; pero viendo al niño en tal estado, desechando los consejos y viendo que no toma su alimento, interrumpe el régimen: el niño se alimenta poco y frecuentemente, ya tomando el pecho á la fuerza bien por medio de cucharadas, ya dándole leche de vaca por creer que la de ella no le agrada, sustituye esta última por la harina Láctea ó leche de cabra, etc. El estómago del niño, débil de por sí, delicado en sumo grado, con esa alimentación irregular y tomando alimento antes de haber digerido el que ocupaba el estómago, tiene una pequeña diarrea, que cesaría con solo mejorar el régimen, pero desgraciadamente no es así, y antes que comprender lo anterior administran un purgante de (aceite de recino ó bien manteca de coco) y tenemos ya le enteritis declarada.

Siempre que hemos sido llamados á asistir algún niño, al hacer el interrogatorio de las medicinas dadas, hemos encontrado con que al niño le han administrado uno ó varios purgantes.

Dos teorías existen con respecto á las diarreas debidas á la dentición.

La primera afirma que todas las enfermedades que sobrevienen durante el curso de la dentición son debidas única y exclusivamente á esta.

La segunda afirma que la erupción dentaria no dá lugar á ningún accidente, está sostenida por los Dres. Magiot (1) y Leveque (2)

De estas dos aserciones ambas son exageradas. En efecto, si inexacto es decir que todas las enfermedades que aparecen durante la dentición son debidas á esta evolución, no lo es menos el sostener que esta evolución en los primeros momentos de vida estando el organismo débil deje de provocar trastornos que, aunque pequeños, puedan dar lugar á otros de mayor intensidad por el estado en que se encuentra la economía.

Conociendo la exquisita sensibilidad de los reflejos en el niño, cuando se sabe con que facilidad son puestos en juego por la menor causa, pinchazo de alfiler, sinapismo, contacto de la mucosa intestinal con pepitas ó huesos de frutas que tan comunmente tragan los niños, simples fragmentos de papa, etc., nos podemos preguntar de como esos reflejos quedan impasibles en presencia de grandes fenómenos locales (dolor vivo y constante) á causa de la inflamación de la encía (3) Es verdad que se ha eludido que el trabajo dentario se efectúa sin ningún dolor. Si el argumento es válido en algunos casos, él deja de ser aceptable en su generalidad. La descripción anterior no deja ninguna duda sobre este particular. Es suficiente, por otra parte, el estar un poco familiarizado con la patología infantil para comprender este punto.

Agregaremos que la evolución de los dientes en los niños conduce algunas veces á un estado *sui generis* que dá lugar á una verdadera eminencia mórbida. En otros términos este estado hace que la causa habitual de una enfermedad encuentra el niño un terreno propio para su desarrollo. (4)

SÍNTOMAS

El carácter distintivo de esta diarrea es su poca duración. No es posible afirmar categóricamente el diagnóstico entre las dia-

---

(1) Etudes cliniques sur les accidents de l' erupción des dents chez l' homme Ach gent de medicine 1880.

(2) De l' eruptión des dents au point de vue de son mecanisme et des acidents quelle occasionne—These París 1981.

(3) Barthez. Maladies des in fants. 1887. T. II.

(4) A. Sanne. París 1887.

rreas de la dentición y las enteritis propiamente dicha. Frecuentemente en la práctica se encuentran casos en los que se hace casi imposible su distinción clínica y el práctico se ve forzado á no emitir su juicio por temor á cometer un error en el diagnóstico; tales son sus afinidades. Esto se explica fácilmente; la edad en que se presentan esos trastornos es un período de la vida en que los niños están más expuestos á contraer enfermedades á causa de la exquisita susceptibilidad de todos sus aparatos y órganos y nada de extraño tendría que al comienzo de una grave enfermedad se manifestase la dentición ó vice-versa que al manifestarse esta debutase la otra.

La sintomalogía infantil con la unión de dos manifestaciones varía mucho, pues confundidas dos causas los síntomas varían támbién.

Los trastornos de la dentición aunque provocan esta pequeña diarrea *no constituyen verdadera enfermedad*. Son simples accidentes, síntomas de alteraciones funcionales pasajeras que pueden simular enfermedades verdaderas de las que se diferencian siempre por su marcha irregular indeterminada y casi siempre por su terminación rápida, ó al menos por la intermitencia de su intensidad ó aparición.

Si durante este período se desarrolla una enfermedad conocida puede asegurarse como cierto que la dentición no es sola la causa.

Debemos distinguir primero: los síntomas locales que pueden ser de mayor ó menor intensidad. En unos, lo primero que se manifiesta es un aumento en la secreción salivar (fenómenos debido á la propagación de la irritación gingival sobre las glándulas salivares) una rubefacción alternativa de las dos mejillas, acompañada de la sensación de picor y de dolor. El niño lleva constantemente los dedos á la boca y muerde los objetos que puede cojer: cuando no puede verificar esto, adopta la posición decúbito abdominal para introducir la almohada ó cubiertas de la cama en su boca; puede manifestarse el insomnio, la producción de aftas, el muguet, etc., etc.

Como fenómenos generales, podemos decir que algunas veces se manifiesta la fiebre que aumenta todas las noches, para disminuir ó desaparecer una ó dos horas durante el día. Con mucha frecuencia moderada oscila entre 38° ó 39° aunque puede alcanzar

gran violencia. M. Blanchez (1) ha visto subir hasta 41°9 para luego descender tres grados en muy podo tiempo. La irregularidad es su atributo. La sed es viva. Se observa una elevación térmica más acentuada en la palma de la mano y en los pliegues del cuello.

El niño cesa de comer y desecha todos los alimentos. El pecho, es lo último qie deja y eso tiene lugar cuando la encía está muy dolorosa. Si la sensación del picor que siente es fuerte llega á morder el mamelón de la nodriza hasta el punto de causar daño á aquella.

A esta alimentación tan llena de obstáculos resulta el adelgazamiento del niño, la palidez, la pérdida de fuerzas, etc.

Entonces se manifiesta la diarrea que no es abundante, comienza con deposiciones pastosas que se transforman en semilíquidas.

Al principio es de un color amarillo canario, para transformarse en amarillo subido, después verdoso. Si el trabajo dentario dura algunos días, se nota una diarrea serosa. El número de deposiciones diarias es muy variable; en general, no pasan de cinco ó seis; son mucosas y enrojecen el papel de tornasol observándose algunas veces coágulos de leche sin digerir que indican que el trabajo digestivo no se verifica. Reconocido el microscopio nada presentan de anormal á no ser la presencia de una grandísima cantidad de células epiteliales.

Esta diarrea no dura más de ocho días y desaparece cuando el diente ha brotado completamente, para este tiempo el niño toma sus antiguas costumbres y la diarrea desaparece en veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

En todo niño que disfrute de buena salud desde los primeros tiempos de su vida y sin haber cambiado de régimen presente la diarrea que acabamos de descubrir, en la misma época que se verifica la aparición de los dientes, puede considerarse como diarrea de la dentición.

Es bien fácil poder comprobar la rubicundez y la tumefacción de la encía, etc. La impertinencia del niño y la forma benigna con

---

(1) Gasett tebdomedaria 1885.

que generalmente se presenta son suficientes para su diagnóstico.

El pronóstico es benigno completamente á menos que no sobrevengan complicaciones.

Con respecto al tratamiento seguiremos en todo á los señores Rillhetet Sanné diciendo que para combatir el mal, debemos atacar los elementos que lo producen: 1º El punto de partida de la enfermedad que es la encía. 2º el aparato de trasmisión, es decir, el sistema nervioso, y 3º la manifestación que él provoca (1)

Encías. Se trata ante todo de hacer desaparecer el prurito ó el dolor y de evitar de todas maneras que el mal haga rápidos progresos. Para lo primero se le darán al niño cuerpos duros como la raíz de malvavisco, etc., que ellos introducen en su boca.

Nosotros hemos obtenido resultados sorprendentes por medio del masage practicado con las más rigurosas precauciones de antisepsia y hemos podido acelerar en la mayor parte de nuestros enfermitos la salida del diente.

A la primera sección de masaje, si no se tiene la precaución de empezar los pases con delicadeza, el niño se desespera; pero á las siguientes sesiones es el primero en estar tranquilo y dejarse practicar la pequeña manipulación.

Se emplea mucho por los prácticos las fricciones sobre las encías, bien sea el azafrán, borato de soda, etc., que en algo pueden contribuir aunque escasamente á la salida del diente. La cocaina rinde en estos casos verdaderos servicios: nos valemos de la siguiente fórmula para practicar el masaje:

Glicerina..................................	20 gramos.
Borato de soda.......	1 gramo.
Clorhidrato de cocaina.................	0,05 centígrados.
Láudano de Sidenhan..................	2 gotas.



Algunos aconsejan la incisión de la encía. Los Dres. Rillhet y Sanné aconsejan las escarificaciones de la misma y afirman su éxito. Otros aconsejan la incisión con el bisturí la cual debe ser

(1) Barthez, de París.

en cruz y profunda hasta que el instrumento tropiece con la punta del diente, según estos autores el dolor desaparece como por encanto.

Estas incisiones pueden presentar sus ventajas, pero tienen sus inconvenientes: uno de ellos es que conociendo el poder cicatrizante de la encía y teniendo presente que el diente no crece rápidamente, resulta que la generalidad de las veces la cicatrización tiene lugar antes del brote de aquel: no se ignora que todo tejido cicatricial es más fuerte y de mayor consistencia que otro cualquiera y presentaría como es natural mayor resistencia.

Para llenar la segunda indicación, sistema nervioso, diremos que todos los calmantes encuentran su aplicación.

El *bromuro de sodio* es el verdaderamente indicado; el de potasio está contraindicado á consecuencia de la diarrea, debido á la acción irritante que tiene sobre estos órganos. La dosis del primero es de 0.15 á 0.20 centígramos por día, los niños soportan muy bien este medicamento llegando á soportar la dosis de uno, dos y más gramos.

El valerianato de amoniaco, cuya acción es con frecuencia muy eficaz, no debe echarse en olvido.

Los baños tibios más ó menos repetidos de alguna duración bien simples ya de agua de tilo, son un verdadero calmante del sistema nervioso.

Pero no es solo los calmantes que deben emplearse para moderar la gran sensibilidad de estos centros. Todo el mundo sabe cuanto se desarrolla la excitabilidad nerviosa cuando el sujeto se encuentra débil. El régimen alimenticio es en caso de la diarrea de la dentición, un punto muy importante, por dos razones: la primera por la misma excitabilidad que acabamos de exponer y segundo, porque estando las vías digestivas ya propensas y debilitadas, daría lugar á otros trastornos mórbidos que complicarían la situación. (1)

Es por lo tanto indispensable alimentar al niño pero haciendo lo posible para que esta alimentación sea bien dirijida.

Si el niño está sometido á un régimen mixto se procurará en lo posible que sea sustituido por el pecho solamente, en caso de

(1) Barthez, 1887.

imposibilidad la mejor leche en estos paises es la de cabra no tan solo por la leche en sí, si no por la gran comodidad de poder tener el pequeño animal en la casa.

Con respecto á la *diarrea*, diremos que mientras sea la mediana intensidad no debe combatirse toda vez que sabemos su buena terminación en caso de que ella aumentase y viniese fétida se procedería á dar un ligerísimo purgante y practicaríamos la antisepsia intestinal por medio del Betol ó Salol ó bismuto por vía estomacal y por medio de enemas boricados al 4 por 100. Estos enemas deben ser conservados el mayor tiempo posible para lo cual se procederá á su administración después que el niño haya evacuado. Con respecto á la cantidad de líquido que debe inyectarse no debe deparar de 100 á 150 gramos, según la edad. En caso de no ser soportado, algunas gotas de Elíxir paregórico llenará este inconveniente.

Generalmente la diarrea desaparece con estos medios y un plan alimenticio bien observado.

DIARREA DE LA FIEBRE INTERMITENTE (Palúdica)

Aquí tocamos un punto especial, uno de los más interesantes de la patología infantil en esta isla. No podemos menos que traducir íntegra la lección del Dr. Simón en que tan magistralmente expone sus rasgos más distintivos. (1)

«Existen en los niños diarreas agudas y crónicas. En los de pecho, el origen palúdico de los accidentes diarréicos es generalmente muy difícil de diagnosticar. La fiebre es el primer síntoma que puede ser diurno ó nocturno, etc., el niño se pone frío como un mármol. Este período dura muy poco tiempo, algunos segundos solamente, para entrar en el estado de calor y luego transpiración.»

«En la diarrea aguda palúdica en un niño de dos ó tres años, la fiebre es generalmente terciana y el acceso es casi siempre nocturno y bien caracterizado.»

«La forma perniciosa ha sido también señalada, con abcesos irregulares pudiendo terminarse con la muerte.»

---

(1) Clínica médica. Hospital des Enfants Malades. *Diarreĕ chez les enfants, París 1882.*

«Las manifestaciones se acentúan en el cerebro, sobre el corazón y el abdomen y en este último sitio revisten las apariencias de una peritonitis ó de cólera.»

«Entre el gran número de fiebres intermitentes originarias de todas partes del mundo y que yo he podido observar, os citaré el de la esposa de un ingeniero en la calle X. En ella los abcesos sobrevinieron después de un enfriamiento brusco y fué caracterizado por síntomas de peritonitis y cólera con vómitos y evacuación tan abundantes que no pudiendo administrar ningún medicamento por vías superiores é inferiores, tuve que recurrir rápidamente á inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina.»

«Yo he visto también una diarrea febril palúdica, manifestarse de una manera súbita y profusa, por grandes vómitos y un enfriamiento general hasta el punto que la muerte sobrevino rápidamente.»

«En estas diarreas la medicación es muy importante desde su comienzo. No es necesario confiar en el opio ni en los astringentes así como tampoco en los catárticos; un solo medicamento es el indicado por la naturaleza de los accidentes: el sulfato de quinina, es el que debe ser administrado sin pérdida de tiempo en las dudas y teorías inútiles y siempre peligrosas para el enfermo.

Si se trata de un niño de pecho daréis un pequeño enema de

Agua.......	3 ó 4 cucharadas.
Sulfato de quinina	0,15 á 20 centígramos.
Agua de Rabel.........	II gotas.
Láudano de Sydenham...	I »

«Este último medicamento es agregado á la fórmula con el único objeto de hacer retener más fácilmente el enema en el intestino del niño.»

«Al mismo tiempo en esos pequeños seres hago practicar fricciones en los axilas y en los pliegos de las articulaciones donde la piel es más fina propia para absorver los medicamentos.»

Véase aquí la fórmula:

Sulfato de quinina.........	10 gramos.
Grasa................................	10 gramos.

«Pasando de dos años administro la quinina por vía estomacal, valiéndome de la solución siguiente:

Jarabe de grosella...............	60 gramos.
Idem tártrico.............	70 gramos.
Sulfato de quinina..............	0,20 á 30 centígramos.
Acido sulfúrico.................	C. S.

«Esta preparación deberá ser tomada por el niño en dos ó tres tomas á la fuerza si fuere necesario.»

«Este medicamento puede ser bien administrado con la glicerina. En cuanto á las fricciones no son tan eficaces como en los niños pequeños.»

«Refiriéndome á las inyecciones sub-cutáneas de sulfato de quinina en los niños pequeños me abstengo de emitir mi opinión. Si se me llama para practicarlas en niños, yo no lo haré sino en aquellos que hayan cumplido los 7 años.»

«Ciertos niños tienen diarreas que no curan sino con el sulfato de quinina apesar de que revisten el carácter de disentéricas con flujos de sangre, en ellas es necesario ver solamente un caso de fiebre intermitente larvada.»

«Se observa también algunas diarreas crónicas con flujos de sangre hemorroidales que se establecen sin causa apreciable y que no curan á no ser con la quinina.»

«Esto me recuerda cierto enfermo atacado de diarrea que databa de 20 años, cuyo origen palúdico no había sido descubierto y que después de haber sido tratado sin éxito por todos los medios posibles, curó de repente con solo la administración del sulfato de quinina, cuando el individuo se encontraba en un estado desesperado. No se trataba más que de un paludismo larvado manifestándose por fenómenos de diarrea.»

Para las formas de estas diarreas palúdicas no podemos menos que citar la observación del profesor el Dr. Tomás V. Coronado (de Cabañas.) (1)

(1) Véase Observación 41 de la pág. 338 de este volúmen.

DIARREA SIMPLE O LIENTERICA

Esta diarrea que quizá sea que con más sinnomonía cuenta ha recibido los nombres de diarrea *propiamente infantil del destete, catarro simple del intestino,* etc., etc.

Es una de las que con más frecuencia padecen los niños de corta edad, aquellos que sometidos á un régimen lácteo se ven obligados por circunstancias forzosas, bien á cambiar de nodriza, ó de leche, etc.

Etiología.—Los trastornos de alimentación son la única y exclusiva causa de esta dolencia. Cuando los niños están sometidos al pecho y se le administra con regularidad, nunca se manifiesta diarrea de esta especie: por el contrario, los niños criados por el régimen mixto ó bien á biberón son los que siempre están expuestos á contraerla.

Pasa con mucha frecuencia que la leche de la nodriza, aún cuando parezca ser de muy buena calidad no conviene al niño. Por otra parte esta leche pudiera ser muy rica en elementos ó bien muy pobre, ya está alterada por emociones morales, por mala higiene ó por una constitución muy nerviosa.

Desgraciadamente el examen de la leche en la generalidad de los casos, no puede explicarnos estos accidentes; pero los sorprendentes efectos del cambio de nodriza, nos demuestran claramente que aquella era la causa.

Si esto pasa con la leche de mujer, ¿qué no pasará con la de vaca, donde no es posible conseguirla del mismo animal?

En esta ciudad donde la leche ha entrado en el dominio de la industria, donde se fabrica leche como se confecciona pan, no es extraño ver un gran número de niños atacados de esta enfermedad.

Otras de las causas es el poco aseo que se tiene con los utensilios del niño.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las lesiones del intestino en estas diarreas son nulas, pues no consiste la diarrea si no en la imposibilidad en que se encuentra

el aparato intestinal de funcionar. Las lesiones del intestino en las enteritis aún las más graves y mortales no presentan sino lesiones insignificantes (Comby). La no existencia de lesiones en el intestino en estas diarreas las achacaremos á que la secreción de jugos intestinales sean insuficientes para verificar el trabajo digestivo debido á la mala calidad del alimento ya á la gran cantidad de productos nutritivos que contiene. La leche en estas ocasiones se acidifica, dá lugar á desarrollo de gases que actuando por irritación en la mucosa intestinal y unido á los coágulos y materias no digeridas provocan las diarreas: por esta causa hemos puesto estas diarreas en los reflejos por no provocar lesión en el intestino y sí de una manera *reflejo-mecánica* provocar la diarrea.

Todo lo más que se encuentra como lesión anatomo-patológica, y esto muy rara vez, es una pequeñísima congestión en la parte inferior del recto, ó mejor dicho, en el orificio anal cuando la diarrea es frecuente.

SÍNTOMAS

Como síntomas no son muy marcado y algunas veces se confunden con los de la enteritis lo cual no extraño pues casi todas estas empiezan por esta dolencia que viene á ser su prodromo y luego bien por la continuación de una mala alimentación ya por una terapéutica mal dirigida dá lugar á aquella.

En la primera infancia el principio de esta diarrea varía poco, no dando ninguna luz sobre su pronóstico: nunca se sabe cómo terminará esta enfermedad.

El principio es incidioso, se reduce á dos ó tres deposiciones pastosas de un color amarillo claro; las deposiciones son heterogéneas y más tarde se presenta la verdadera diarrea líquida. Estas son sumamente ácidas, una gota de la serosidad de las deposiciones es suficiente para acidificar fuertemente un tubo de ensayo de gran calibre lleno de agua. No existe fetidez alguna y el número de deposiciones no pasa de 4 á 6 en 24 horas. Entre las materias fecales existen verdaderos coágulos de caseina intactos.

A pesar de esto, el estado general del pequeño enfermo no es

malo; el niño juega, toma su alimento, etc. Sólo se nota una sequedad en la piel con disminución del sudor y de la orina.

Al mismo tiempo el vientre, debido á la gran cantidad de gases desarrollados, se balona dando á la percusión un sonido timpánico que adquiere su máximun de intensidad. Debido á esto, el niño grita, se queja y manifiesta la existencia de cólicos que instintivamente procura calmar por la posición decúbito-abdominal.

El contacto de las materias ácidas provoca en las nalgas una especie de eritema más ó menos extenso.

DIAGNÓSTICO

No es prudente el precipitarse y atribuir á la dentición todas las diarreas observadas antes de los dos años. (1)

Solamente se diagnosticará *diarrea de la dentición*, en los casos que esta diarrea coincida exactamente con la salida de un diente, desapareciendo después que aquel ha salido.

Si el niño recibe una mala alimentación, si es criado con biberón, es de esta parte que se buscará el origen de la diarrea.

El pronóstico es muy variable, la enfermedad en sí no entraña gravedad ínterin no se complique con las enteritis, que es la regla.

PROFILAXIA Y TRATAMIENTO

La profilaxia está en procurar que junto con los alimentos y ni por medio de los utensilios penetren en la economía gérmenes. Que la nodriza mantenga su pecho en las condiciones de limpieza la más completa y que se evite en lo posible los cambios de nodrizas. Para los criados á biberón la calidad y la cantidad juegan un gran papel.

Se procurará antes de todo facilitar las digestiones, no dando la leche pura si el niño es muy joven para digerirla, la mezcla se hará con agua hervida azucarada con lactosa. Se vigilará que el niño no tome una gran cantidad de leche y que no tenga constantemente el biberón en la boca. Se reglamentará cuidadosamente

(1) Comby. Maladies de l'enfance.

las horas en que deba tomar alimento (7 á 8 veces por día). Si la leche natural no dá resultado, se procurará la leche esterilizada ó la *leche humanizada* (Comby.) Es decir, despojada de una gran parte de su caseina.

En los niños jóvenes la leche de burra ó yegua es algunas veces un excelente medio profiláctico y curativo.

Con estos medios y reconociendo al principio la afección, el éxito corona la obra: pero si la diarrea viniese más abundante, se dará el agua de cal ó Vichy mezclada con la leche.

Asímismo se dará el salicilato ó subnitrato de bismuto á la dosis de un gramo subdividido en diez dosis para tomarlas en veinte y cuatro horas. Si la diarrea no cediese y se transformase en verde con fetidez, entonces trátese como una verdadera enteritis.

DIARREA DE HEREDO-SIFILITICA INFANTIL

Una de las diarreas que con relativa frecuencia se presentan y que pasa generalmente desapercibida es la que encabeza este capítulo.

En las muchas obras que hemos consultado con objeto de hacer una historia monográfica de ella, nos hemos encontrado que en las obras de consulta (Comby, Rillet Barthez, Samic, Variot Pellenant, James Goodhard, etc.) no se encuentre descrita esta diarrea. Solamente en las conferencias dadas por el profesor J. Simon en el Hospital des Enfants Maladies (París) hemos encontrado un pequeño párrafo dedicado á la diarrea puramente sifilítica, es decir, trasmitida de la madre al hijo durante el embarazo y cuando el niño nace bajo la acción aun de los primeros períodos de la sífilis.

Nuestra descripción abarca no sólo lo verdaderamente sifilítica, sino aquella en que no teniendo manifestación cutánea, entra de lleno en las heredo-sífilis.

En nuestra práctica hemos podido recoger seis casos, una de ellas sumamente curiosa y cuya observación detallada daremos á conocer más adelante.

No podemos menos que atribuir á la frecuencia de la infección sifilítica la presencia de esta diarrea, y que nos atrevemos á afirmar que en este clima se observa con mucha frecuencia al ver que en el escaso número de enfermos que hemos visto hasta el presente

hayamos registrado cuatro casos. En los años de práctica que hemos tenido en distintos hospitales, hemos recogido solamente dos observaciones: la una en el Hospital Evelina (Inglaterra) y la otra en el Hospital Trouseau (París).

En la pequeña estadística que contamos, hemos notado que siempre se manifiesta antes de los tres años y una vez el niño la tuvo desde su nacimiento en este caso la madre no había tenido ninguna manifestación sifilítica: el sífilis era paterna.

La forma y la manera de presentarse, así como también su sintomatología, hacen que esta afección constituya una entidad aparte por su síntoma, pronóstico, tratamiento, etc.

Su etiología es bien clara: la sífilis es su única causa, generalmente es la paterna la que hemos encontrado y nada es de extrañar, pues es más común esta enfermedad en el hombre que en la mujer. Con respecto á herencia, decimos que dos de nuestros enfermitos han manifestado la diarrea heredo-sifilítica sin haber tenido los padres la primera infección, lo cual era debido á los abuelos. De nuestros casos (cuatro varones y dos niñas) cinco han revestido benignidad relativa y una ha terminado con la muerte por complicación.

En todos los casos la escrófula y la anemia han sido los temperamentos que han dominado.

DESCRIPCIÓN

Síntomas.—La enfermedad es insidiosa en su principio; nunca hemos podido confirmar su aparición repentina. Los niños han presentado poco á poco trastornos digestivos, á los cuales los padres no han dado ninguna importancia, atribuyéndolo á malas digestiones. En este *lapsus* de tiempo, las deposiciones generalmente son de 2 á 3 por día, siendo precedidas de un estado relativamente bueno de salud, dura algunas semanas, de manera que cuando la diarrea se manifiesta francamente ha venido insensiblemente y sin darse cuenta del estado del niño.

Las primeras deposiciones no son abundantes; se reducen á una, dos, tres ó cuatro diarias. El estado del niño es bueno; solo más tarde cuando á causa de la diarrea constante y el régimen, es que el niño empieza á enflaquecer.

El aumento de peso diario que debe efectuarse, no se verifica sino con menor lentitud; el carácter del niño cambia; pero en lugar de ser irascible é impertinente, cae en un estado de indiferencia completa, pocas veces llora, no se queja sino rara vez hasta el punto de llamar la atención de las mamás, que llaman á este estado de los niños *«quedito.»* La lengua no presenta un verdadero tipo de saburra: unas veces sonrosada y de un aspecto excelente, otras con un tinte amarillo pajizo, ya con una ligerísima escamación, bien con un color rojo subido; de su estado nada podemos deducir.

De tiempo en tiempo esta diarrea disminuye ó desaparece uno ó dos días para caer en un estreñimiento tenaz que necesita la intervención de un enema ó purgante.

Siempre al inquirir los datos para formar la historia clínica del enfermo, nos hemos encontrado con que los familiares nos citan esta particularidad; nosotros lo atribuímos á que estando los niños sometidos á una medicación, sean debidos á ella esos efectos. Hemos sido testigos de ello: en nuestros primeros casos, tratamos estas diarreas como enteritis y sometíamos nuestro enfermo á una medicación antiséptica (Salol, Betol, etc.) asociándola con la astringente y el bismuto; cuando elevábamos la dosis, la diarrea disminuía y algunas veces cesaba uno ó dos días para luego á pesar de la medicación volver á presentarse.

En medio de esta cronicidad existen de tiempo en tiempo recrudescencias cuya causa no sabemos á qué atribuir y que muchas veces hemos supuesto sean complicaciones de otro género. Sin causa apreciable y sin que se le haya variado en lo más mínimo el régimen alimenticio, sin saber por qué, el niño amanece con fiebre; se llama al médico y se encuentra que al poner el termómetro marca 39.5; el niño desecha el alimento á pesar de no estar abatido; el vientre muy balonado acusa á la percusión un timpanismo exagerado; diarrea serosa y sumamente acuosa sin partículas excrementicias y con una fetidez *sui generis* que podremos referir al olor del vinagre recién extraído é impuro

Esta fiebre dura de dos á tres días y su descenso es sumamente lento.

Viene precedida de algunos vómitos, que persisten después

de declarada. Un tratamiento antiséptico hace descender rápidamente la temperatura, abreviando la duración de aquella. Estos estados febriles no son frecuentes: más bien una destemplanza ó fiebre moderada es lo que se observa.

Una vez desaparecida la fiebre, el niño sufre un aumento en la secreción sudoral, la cual es fétida y abundante, tiñendo ligeramente el paño con que se enjuga.

Un carácter distintivo de esta dolencia es el infarto de los ganglios mesentéricos. Lo hemos comprobado en cinco casos y en el sexto no lo hemos hecho; creemos poderlo referir al excesivo balonamiento del vientre. Opinamos que este infarto ganglionar es típico en esta diarrea y que es el verdadero distintivo para diferenciarlas de las otras. Al verificar la palpación y haciendo presión se comprueba fácilmente el racimo de ganglios, que casi siempre son mas abundantes en las inmediaciones de la S iliaca y en los que corresponden á dos centímetros debajo del ombligo: cuando están reunidos dos, tres ó más, es fácil reconocerlos al primer reconocimiento: no pasa lo mismo cuando están aislados, pues pocas veces adquieren grandes proporciones. Es necesario que la presión ejercida con la mano sea fuerte y que el niño tenga las piernas en flecxión, respirando por la boca, y si es posible hacer que sean grandes las inspiraciones.

Siempre que por este medio no hemos podido comprobar su existencia, hemos colocado al niño de costado y en flecxión las piernas y haciendo una moderada presión de abajo arriba hemos podido confirmarla.

Los ganglios del cuello pueden encontrarse también infartados, aunque no siempre; más fácil es encontrar los axilares, que pueden adquirir notables proporciones.

Otros de los signos constantes que hemos podido recoger, son las deformaciones dentarias: los dientes están cortados á pico y presentan unos dentellones perfectos sobre todos los incisivos inferiores. Su implantación en el alvéolo no es natural: están inclinados de dentro á fuera y un poco de izquierda á derecha ó viceversa.

La diarrea es rara vez verde; siempre de un color amarillo oscuro acompañada, como hemos dicho, de mucha serosidad en los casos adelantados; pastosa y fétida en la generalidad de las veces.

Otras veces, en los intermedios de la recrudescencia, el niño evacua los primeros excrementos casi naturales, y los últimos es una diarrea líquida acompañada de moco y materias alimenticias sin digerir.

En uno de los casos pudimos practicar el reconocimiento microscópico, pero no completo, pues tuvimos la desgracia que el tubo en que guardábamos se infectase; lo único que pudimos comprobar fué la existencia de dos amebas.

Cuando la enfermedad hace progresos, cuando ya la medicación antiséptica no llena sus indicaciones, bien porque viendo los familiares que con el régimen lácteo y la medicación nada se consigue, se somete al pequeño paciente á otro régimen y dejando la le leche se administran las sopas, purés, etc., entonces se presenta una agravación; las diarreas se aumentan y se convierten en verdes, y la digestión no se verifica: el niño pierde de peso diariamente, se presenta una fiebre á altas temperaturas, con ella un decaimiento de fuerzas que viene á poner en cuidado la vida de nuestro enfermo.

Ya no es el factor diarrea el que nos pone en cuidado. Este estado de debilidad es un factor más que viene á agravar nuestro enfermo y que abre la brecha de entrada á otras muchas dolencias complicadas.

Cuando el mal llega á este extremo es imposible hacer un buen diagnóstico: el estómago no realiza sus funciones, la piel se cubre de erupciones mal definidas y todos los órganos están afectos.

Los ojos hundidos, lánguidos; los pómulos salientes; la boca flácida; este adelgazamiento se extiende á todo el cuerpo y el niño cae en un estado caquéctico.

El hígado está infartado y la diarrea es aumentada por una supersecreción y una superfluxión de aquel, caracterizadas por deposiciones verdes y abundantes.

En estos pequeños seres la leche, que es su solo alimento, es muy mal digerida.

El bazo se encuentra tumefacto, duro á la presión y poco doloroso. Siempre que hemos palpado el hígado lo hemos encontrado igual á aquel. En uno de nuestros casos una niña de tres años nos acusaba un dolor latente en esta región.

Sobre la *anatomía patológica* nada podemos decir: no hemos podido practicar una sola autopsia.

El diagnóstico es bien fácil pudiendo comprobar los antecedentes; pero estos algunas veces son negados y otras no se pueden establecer á causa de ignorarlo los padres. El tratamiento es una verdadera *piedra de toque* para confirmar el diagnóstico; la administración del yoduro de potasio disipa todas las dudas. A los dos ó tres días, á más tardar una semana, podremos comprobar los sorprendentes resultados de aquel medicamento.

EXTRACTO DE LA OBSERVACIÓN 7ª

M. X.—De dos y medio años de edad, blanca.

La familia manifiesta lo siguiente: que la niña había gozado siempre de un estado de salud relativo, y que si bien era verdad que enfermedad grave no tuvo, tampoco había dejado de tener esas pequeñas indisposiciones comunes en los niños. Fué criada á biberón (leche de vaca) y no presentó durante ese tiempo ninguna diarrea grave, sí pequeñas indisposiciones. Al año y medio empezaron á notar que los trastornos se sucedían con más frecuencia, á pesar de que el estado general no era malo. Acostumbrados á ver á la niña desde que nació, con esos cambios, no le dieron gran importancia hasta que la diarrea se manifestó francamente.

En esta época tuvieron que cambiar de residencia y lo verificaron á una de las pequeñas islas vecinas á ésta. Allí, la niña en vez de mejorar iba cada día peor á pesar de la asistencia prestada por el Dr. X ..... su tío. La diarrea había aumentado y la niña hacía de 3 á 6 deposiciones diarias. Visitaron á esa niña distintos médicos de la localidad y lo más que se obtuvo fué la disminución y algunas veces la desaparición temporal de aquella, durante uno ó dos días.

Los familiares declaran que de tiempo en tiempo tenía *fiebres de frío* poniéndose grave, pues la diarrea aumentaba considerablemente.

Por el Dr. X...... tío de la niña á quien escribí y que siento no poder nombrar en esta observación, pude conseguir la explicación del término *fiebres de frío* que no es más que el paludismo; pero él me manifestó que su sobrina no tuvo tales fiebres, sino una elevación térmica que coincidía con la agravación de la diarrea y que él afirma no ser palúdica por el mero hecho de que al 3º ó 4º días desapareció sin dar quinina. El pudo asistir dos ataques de los anteriores. El mismo erudito compañero me hace relación de los medicamentos administrados y dice en su carta que *había agotado la serie antiséptica y astringente*; que en su enferma había empleado la más alta dosis de bismuto.

Y agrega, que en las diferentes juntas médicas que habían tenido, no habían estado acordes los profesores, pero que él creía que se trataba de una *enteritis crónica* propia de los países cálidos, y lo único que extrañaba en su enferma era el no ver el estado caquéctico que debía existir dado lo antiguo de la dolencia.

Al llegar la familia á esta ciudad fuí llamado para hacerme cargo de ella.

Veamos su estado en breves términos:

Sin fiebre, lengua saburral, adelgazamiento algo pronunciado sin verdadera caquexcia; inapetencia polidipsia. Diarrea abundante, unas veces serosas, otras semi-líquida y fétida. Cinco deposiciones; vientre balonado, timpanismo; en los bordes del ano, eritema discreto; infarto hepático algo acentuado; insomnio; piel seca.

Tratamiento.—Unos papelitos de Belot, salol y salicilato de sosa; algunas gotas de Elíxir paregórico y grandes enemas de ácido bórico, que luego son sustituídos por los de nitrato de plata.

La niña mejora; pero tres días más tarde se encuentra en el mismo estado.

Quince días después intento hacer una palpación y percusión y no puedo llevarla á cabo por el gran desarrollo de gases con que se encontraba repleto el vientre. Administro una poción de esencia de anís y unos papelillos de carbón, bicarbonato sódico y practico un buen masaje; hago un minucioso reconocimiento y puedo percibir perfectamente un infarto ganglionar mesentérico en dos traveses de dedo debajo del ombligo; exploro todo el vientre y compruebo la existencia de numerosos ganglios. Entonces palpo todo el cuerpo y noto que los de la axila se encuentran en el mismo estado, así como también algunos del cuello. En el examen de la boca compruebo las deformidades dentarias de los molares y los vicios de implantación en los incisivos inferiores.

Practico un interrogatorio con la madre de la niña y me manifiesta que ella nunca tuvo manifestación sifilítica y que no puede decir si su esposo la hubiese padecido; que durante el tiempo que él vivió no observó en él ninguna infección ni enfermedad que ella pudiese referir á esa.

Más tarde supe por mi compañero el Dr. X... lo que sigue: «No puedo afirmar que mi hermano hubiese adquirido la sífilis; pero sí estoy seguro que nuestro padre lo era. En mis hijos quedan rastros de aquella diátesis y yo, cuando pequeño, algunas manifestaciones tuve.»

Con estos informes me bastó para aplicar á la niña su tratamiento, el cual fué seguido de una mejoría notabilísima; una semana después la niña se encontraba muy mejor y á los dos meses había aumentado considerablemente de peso.

Hoy hace cuatro meses que la niña se encuentra perfectamente bien, sin haber tenido desde entonces la más pequeña novedad á pesar de no estar sujeta á ningún régimen alimenticio.

Es de advertir, que desde el principio de su dolencia se la sometió á un régimen lácteo dirigido rigurosamente, y que al mes de tratamiento digería perfectamente los alimentos feculentos y azotados.

***

Formas.—Tenemos que admitir dos formas: la forma aguda y la crónica. Esta última se diferencia de la primera por lo bien soportada que es por la economía. La enfermedad se reduce á que el niño hace una ó dos deposiciones diarias pastosas la generalidad de las veces y que el excremento viene acompañado de sustancias no digeridas. Las recrudescencias de la enfermedad se observan con frecuencia, la mayor de las veces el niño evacua bien las primeras porciones del excremento, mientras que las últimas son blandas y fétidas y no digeridas. El infarto de los ganglios del mesentérico se observa *casi siempre.*

Pronóstico.—No deja de ser grave, sobre todo si no se acude á tiempo con el tratamiento. La muerte sobreviene por períodos agudos ó ya por debilidad de la economía el niño cae en un coma mortal.

TRATAMIENTO

El yoduro de potasio ó sodio es la base de la medicación. Nosotros lo administramos en solución y á dosis elevadas de uno á dos y más gramos, según la edad del niño.

No es necesario suprimir la administración del tratamiento, porque al principio aumente la diarrea.

Si el diagnóstico es *verdadero, si se tiene la seguridad* de que la diarrea que se trata es la que acabamos de describir, no se suspenda la *administración del yoduro.* Lo contrario se hará cuando el diagnóstico no descanse en sólidas bases ó cuando se tengan dudas; el yoduro de potasio aumenta la secreción de los jugos intestinales y está contraindicado en muchas formas de *diarreas* ó *enteritis.*

El plan terapéutico que hemos observado es el siguiente: Régimen lácteo absoluto para los niños menores de dos años (siempre que la leche sea bien soportada); de no ser así una alimentación bien dirigida y reglamentada.

Administración del yoduro de potasio ó sodio (este último es mejor soportado) dos veces al día.

Nos valemos de una solución saturada de yoduro de potasio, en la que cada gota represente cinco centígramos de medicamento; empezamos por dar una gota en una cucharadita de jarabe simple, sirop de guayaba, etc., la cual vertemos en la cuchara en el mismo momento de administrarla. De esta manera los niños la toman con gusto. Esta dosis se aumenta diariamente. La que que deba tomar el niño varía según el temperamento de cada uno. Niños de corta edad hemos visto tomar dosis de este medicamento que no soportarían otros de 3 y 4 años. Es pues de la incumbencia del práctico la dosificación.

Suprimimos la medicación cuando el niño no duerme bien: casi siempre cuando la dosis difiere de la que puede resistir existen terrores nocturnos é inapetencia.

La suspensión del medicamento no debe durar más de una semana, sopena de volver á manifestarse la diarrea.

En algunos casos usamos el calomel á dosis refractarias (de uno á diez centígramos) todos los días.

Nunca hemos administrado el licor de Van-Swieten, que reservamos para los casos en que el niño tenga verdadera diarrea sifilítica (manifestaciones en la piel, etc., etc.)

En dos de nuestros casos empleamos solamente el yoduro de sodio ó potasio. En los otros, á causa de la fetidez de la diarrea se dieron además de él, papelillos de Salol, Salicilato de bismuto y Creta.

Aún después que la enfermedad haya desaparecido no debe suspenderse por completo la medicación que deberá durar con más ó menos intérvalos, largo tiempo.

Una vez que la convalecencia se ha iniciado usamos la siguiente fórmula:

Yoduro de potasio.............	4 gramos.
Tintura de yodo........	1 »
Tanino..............................	2 »
Jarabe gomoso....................	200 »

De una á tres cucharadas diarias.

Con esta medicación veremos mejorar el estado de salud del niño y la desaparición de los infartos ganglionares.